

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 85.

Traitement des Staphylococcies Mineures par la Méthode Iodo-Sulfamidienne

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

LE 21 JUIN 1943

PAR

Henri MARTIN

Médecin auxiliaire de la Marine

Né à Espalion (Aveyron), le 20 février 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. JANBON, Professeur, *Président*.

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

AIMES, Professeur.

ROUX, Agrégé.

HARANT, Agrégé.

Assesseurs.

RODEZ

IMPRIMERIE GEORGES SUBERVIE

1943

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 85.

Traitement des Staphylococcies Mineures par la Méthode Iodo-Sulfamidienne

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

LE 21 JUIN 1943

PAR

Henri MARTIN

Médecin auxiliaire de la Marine

Né à Espalion (Aveyron), le 20 février 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. JANBON, Professeur, *Président*.

AIMES, Professeur.

ROUX, Agrégé.

HARANT, Agrégé.

Assesseurs.

RODEZ

IMPRIMERIE GEORGES SUBERVIE

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale ..	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
— — — — —	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
— — — — —	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses,	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge ..	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ÉTIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N...
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale ..	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE.
VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie	MM. VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie	Pathologie chir. ... MOURGUE-
Histoire nat. médic. HARANT, <i>agréé</i> .	MOLINES, <i>agréé</i> .
Pharmacologie	— — — — — TRUC, <i>agréé</i> .
Pathologie médicale	Chirurgie expérim. ... GUIBAL, <i>agréé</i> .
— — — — — BERT, <i>agréé</i> .	Médecine opérat. ... ROUX, <i>agréé</i> .
Propédeutique méd	Accouchements CADERAS
Clinique interne PUECH, <i>professeur</i> .	DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clin. des mal. cont. JANBON, <i>professeur</i> .	Stomatologie. HOUPERT, <i>doct. en méd.</i>

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine	Chirurgie
—	—
—	—
—	Urologie
Chimie	Accouchements
Bactériologie	DE KERLEAU.
Histoire nat. médic. HARANT.	



A MON PERE, A MA MERE

faible témoignage de ma profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MA FEMME

A MES FILS, JACQUES ET JEAN-FRANÇOIS

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MADAME ET MONSIEUR ALOUSQUÉ, A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE LA PROMOTION JULES CREVAUX

AU DOCTEUR ET MADAME PAUL BERTHELOT

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE TOULON
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DES FACULTES
DE BORDEAUX ET DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE J. PERVES

*Associé national de l'Académie de Chirurgie,
Médecin-chef des Services Chirurgicaux
de l'Hôpital Maritime Sainte-Anne,
Professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé
de la Marine,
Officier de la Légion d'Honneur,*

*Qui a bien voulu nous confier le sujet de
de ce travail, avec toute notre gratitude.*

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE DEUXIEME CLASSE R. PIROT

*Professeur d'Epidémiologie et d'Hygiène navale
à l'Ecole d'Application du Service de Santé
de la Marine à Toulon,
Chef du Laboratoire de Bactériologie
de l'Arrondissement Maritime de Toulon,
Chevalier de la Légion d'Honneur,*

*Avec toute notre reconnaissance pour la
façon bienveillante dont il nous a toujours
accueilli dans son laboratoire.*

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL SOLCARD

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales,
Associé National de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur. — Croix de Guerre.*

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE NIVIERE

*Médecin-chef de l'Hôpital Maritime Sainte-Anne,
Sous-Directeur de
l'Ecole d'Application du Service de Santé de la Marine,
Officier de la Légion d'Honneur.*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JANBON.

Professeur de Thérapeutique et de Matière Médicale

*En le remerciant du grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MES JUGES

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans ce travail, d'apporter une contribution à l'étude d'une méthode nouvelle de traitement des affections à staphylocoques, méthode qui associe les propriétés de l'iode comme fondant et résolutif des manifestations nodulaires, aux propriétés bactériostatiques de la sulfamide.

Cette thérapeutique est d'application récente : la première publication sur le sujet, par MM. Legroux et Lenormant, remonte seulement au 7 mai 1941. Le principe en a été posé par M. R. Legroux, frappé par le fait que, si, in vitro, le 1162-F empêche le développement du staphylocoque, il ne possède par contre aucune propriété antiseptique in vivo. Il estime que les lésions staphylococciques ont pour caractère d'être des lésions nodulaires, mal vascularisées ; ainsi s'expliquerait l'échec de la sulfamidothérapie, le produit actif circulant dans le sang n'étant pas amené à doses suffisantes au contact des foyers où végète le microbe. Or, la thérapeutique iodée est réputée faire fondre les formations nodulaires ; elle les remanie, les revascularise dans une certaine mesure ; elle permet la pénétration des néo-capillaires dans des tissus en voie de modification continue ; d'où l'idée d'adjoindre l'iode, comme modifi-

cateur local du terrain à l'action de la sulfamide, de façon à amener celle-ci, par voie sanguine, à une concentration suffisante au niveau du foyer infecté. Mais il restait à mettre au point un dérivé iodé, stable, bien assimilé par l'organisme, ne provoquant pas d'intolérance (iodisme), et suffisamment actif. L'iodo-protide de M. Legroux répond à ces exigences. Ainsi est née la thérapeutique iodo-sulfamidienne, qui, selon l'expression de Truffert « représente un énorme progrès, et ajoute encore au rôle prépondérant de l'école médicale française du vingtième siècle dans la lutte contre les infections ».

Une telle découverte ne pouvait laisser indifférent le milieu médical maritime parce que les déterminations staphylococciques sont très fréquentes chez les marins et spécialement graves. Aussi MM. les Médecins en Chef Pervès et Pirot, collaborant avec MM. Legroux et Lenormant, essayèrent-ils très rapidement les nouveaux produits, tant au Laboratoire de bactériologie que dans les Services chirurgicaux de l'École d'Application du Service de Santé de la Marine à Toulon. Après un an d'expérimentation, ils ont tiré des résultats obtenus les conclusions les plus favorables qui ont fait l'objet de communications à l'Académie de Chirurgie les 7 et 14 avril 1943.

En ce qui nous concerne, nous sommes en mesure, grâce à eux, de présenter les faits observés dans les déterminations mineures dues au staphylocoque (furoncles, abcès, anthrax, hydrosadénites). Nous exposons la méthode utilisée : d'une part un produit iodo-peptoné sec, en pilules, connu sous le nom d'iodo-protide, et, d'autre part, comme sulfamide, le 1162-F, les deux produits administrés per os. Nous n'envisageons pas ici les essais entrepris pas d'autres cliniciens de l'Hôpital Maritime, donnant l'iode soit en injections (naiodine intra-veineuse

par exemple), soit per os sous forme de solution de Lugol.

Les résultats, très brillants dans l'ensemble, que nous apportons à propos des observations, valent par eux-mêmes plus que par les commentaires dont on les alourdirait. Nous nous efforcerons de situer la méthode iodo-sulfamidienne à la place qu'elle doit occuper dans la lutte contre le staphylocoque : elle nous apparaît comme destinée à supplanter les autres modes de traitement qui ne joueront plus que le rôle de thérapeutique de complément.

Pour permettre une comparaison utile, il nous faudra donc, en un bref aperçu, rappeler les méthodes employées classiquement contre le staphylocoque, avant l'introduction de la thérapeutique sulfamidienne.

Nous essaierons enfin de fixer une ligne de conduite du traitement nouveau tenant compte, à chaque pas, du rôle prépondérant du terrain, pour déterminer les doses, leur espacement, etc... Nous résumerons finalement les grands traits qui se dégagent des cas observés.

Si nous avons pu atteindre le but poursuivi, nous le devons à MM. le Médecins en Chef J. Pervès et R. Pirot, qui nous ont aidé de leurs conseils éclairés, auprès de qui nous avons trouvé une sollicitude et une compréhension de tous les instants ; qu'il nous soit permis de les remercier ici.

HISTORIQUE

Les premiers travaux de MM. Legroux et Lenormant, présentés à l'Académie de Chirurgie, datent de Mai 1941 ; ils concernaient deux anthrax (dont un chez un sujet glycosurique), traité par une solution iodo-iodurée associée à la chimiothérapie sulfamidienne.

En juillet 1942, MM. Lenormant et Calvet rapportent des résultats obtenus dans huit cas d'ostéomyélite.

En décembre 1942, MM. Mondon, Pirot, André et Blein publient deux cas de guérison brillante dans des cas de septico-pyhoémie à staphylocoques particulièrement graves.

En mars 1943, M. Truffert rapporte à l'Académie de Chirurgie un cas de septicémie à point de départ narinare droit, avec complications phlébitiques faciale, orbitaire et sinusale, guéri par la sulfamidothérapie iodée, résultat d'autant plus marquant que, dans une statistique récente, Zoltan de Bucarest ne signale, en 1939, qu'une seule guérison dans des cas analogues (cas de Barany).

Le 7 avril 1943, M. Legroux expose, à la tribune de l'Académie de Chirurgie les bases de la méthode iodo-sulfamidienne, et dit les espoirs qu'elle autorise dans le traitement des staphylococcies.

A la même séance, MM. J. Pervès et R. Pirot présentent des résultats obtenus à l'Hôpital Maritime de Sainte-

Anne dans le traitement des affections graves à staphylocoques, par la méthode de Legroux : 4 septicémies à localisations multiples, à des stades différents ; une septicémie à localisation périnéphrétique ; une septicémie grave avec ostéomyélite ; 3 ostéomyélites aiguës dont deux chez l'enfant. Dans sa thèse inaugurale, notre camarade Louis Polier apporte des précisions intéressantes dans la comparaison des différents modes de traitement des septicémies à staphylocoques.

Nous mêmes, avec MM. Pervès et Pirot avons pu rapporter à l'Académie de Chirurgie (séance du 14 avril 1943) les premiers résultats du traitement iodo-sulfamidien dans les déterminations mineures du staphylocoque, comprenant notamment 6 hydrosadénites, 6 anthrax, 3 abcès du sein, 1 phlegmon ligneux, 13 furonculoses à répétition et manifestations multiples, 1 abcès furonculaire.

A cette même séance, MM. Huet et Hugier fournissent leurs résultats dans les staphylococcies locales soumises au traitement par iodé et sulfamide.

GENERALITES

Nous comprendrons sous le nom de « déterminations mineures » staphylococciques, les manifestations cutanées ou sous-cutanées, ou glandulaires superficielles des staphylocoques, manifestations banales mais parfois fort graves : furoncles, abcès, phlegmons, hydrosadénites, pyodermites, abcès du sein.

Ces staphylococcies sont souvent d'apparence primitivement bénignes, et, à ce titre, souvent négligées. C'est à cette négligence et à l'inattention des malades à suivre un traitement qui leur apparaît hors de proportions avec l'intensité de leur affection, que sont dues la plupart des complications.

Certaines de ces complications sont aiguës :

Septicémies avec une mortalité de 80 à 90 % :

Phlébites des sinus veineux du crâne au cours des furoncles de la face ;

Manifestations métastatiques : ostéomyélites, exanthèmes pustuleux purulents ;

Lésions viscérales métastatiques : Phlegmon péri-néphrétique, Abcès corticaux rénaux, Abcès du rein, Anthrax du rein, Phlegmons prostatiques, etc..., etc...

D'autres complications affectent un type chronique.

Les staphylococcies se caractérisent par leur ténacité, leur mise en sommeil pendant un laps de temps plus ou moins long (pour réapparaître ensuite sous telle ou

telle forme). Ce caractère d'insidiosité et de réveils successifs dans le temps est la marque la plus redoutable des manifestations staphylococciques quelles qu'elles soient. Nous avons relevé dans les archives de l'Hôpital Maritime de Sainte-Anne le cas d'un ouvrier aux Constructions Navales, hospitalisé depuis 1937 à dix reprises successives pour diverses déterminations staphylococciques mineures (pyodermites, furoncles multiples, 4 anthrax, 3 hydrosadénites, etc...). Ce cas rebelle témoigne, selon nous, d'une immunité très relative, s'établissant mal, à la limite de la « zone efficace », mais certaine toutefois, puisqu'elle ne permet pas l'établissement de localisations profondes, mais qu'elle tolère, en quelque sorte, une septico-pyohémie larvée, trainante, compatible avec des mois et des années de bonne santé apparente.

Voici un sujet qui totalise actuellement 243 jours d'hôpital en 5 ans, sans tenir compte des convalescences accordées. Nous n'avons pas eu l'occasion de le soigner à sa dernière hospitalisation en janvier 1943 ; nul doute qu'à son prochain passage à l'hôpital nous puissions juger sur ce cas difficile, l'efficacité du traitement iodo-sulfamidien. Voici, en même temps, un exemple net du retentissement que peuvent avoir de telles affections en milieux militaires ou industriels, par les fréquentes indisponibilités occasionnées.

ETIOLOGIE DES STAPHYLOCOCCIES.

On sait la fréquence des staphylococcies dans notre milieu (150 cas traités en 1939 sur 1.500 entrants dans le service de petite chirurgie), avec leurs complications viscérotropes ou ostéoarticulaires. Dans la marine plus encore que dans l'industrie, il importe de tenir compte des nombreux facteurs favorisant ; malpropreté entretenue par l'ambiance (machines, graisses, humidité, température élevée), le rôle du gas-oil dans la genèse des infections staphylococciques semble de premier plan (travaux inédits du laboratoire de la Marine à Toulon).

La fréquence des staphylococcies a été signalée de tout temps par les médecins coloniaux, en particulier par P. Huard et Meyer-May. Ces auteurs montrent que, dans les cas observés par eux en 4 ans en Indochine, l'infection sévit non seulement chez les asiatiques mais aussi chez les Européens. En dehors du diabète, ils font jouer un rôle important :

1°) A l'*hyperglycémie*. Chez l'Indochinois, le taux de glycémie serait de 1 gr. 20 par litre, ce qui suffirait à expliquer la fréquence des cas. Déjà en 1916, Highmann, Scharwtz, et Makorken, sur 60 cas de sycosis, furonculose ou acné, trouvaient 26 fois une hyperglycémie. RATHERY, Froment firent de ces états d'hyperglycémie sans glycosurie des états prédiabétiques. Binet et Nepveux

étudient, en 1929, le rôle de l'hyperglycémie dans les furonculoses récidivantes.

2°) A l'*avitaminose*. Ce sont les travaux de Yoshio-Osawa, au Japon, sur la polymyosite purulente aiguë qui ont attiré l'attention sur ce dernier fait. L'injection dans l'oreille du lapin, d'une culture plus ou moins diluée de staphylocoque doré, donne naissance à la formation de petits abcès musculaires très nombreux pour une dilution faible chez l'animal privé de vitamine B, alors qu'on ne le constate pas, même avec une suspension plus riche en germes chez les témoins. L'extrême fréquence des furoncles de la face en Indochine ne seraient peut-être qu'une myosite des muscles plats sous-cutanés, en relation avec l'avitaminose.

Nous regrettons de n'avoir eu l'occasion d'appliquer le traitement iodo-sulfamidien aux régions tropicales, où l'on pourrait logiquement attendre de brillants succès : le fait est patent que les indigènes ont des réactions locales et générales vis-à-vis du staphylocoque, moins intenses que les Européens, et qu'ils guérissent plus rapidement.

APERÇU SUR QUELQUES TRAITEMENTS ANTERIEURS

A) *Traitement bactériologique :*

1°) Propidon polyvalent de Delbet.

Il associe aux effets thérapeutiques des cultures microbiennes tuées par la chaleur, ceux des cultures qu'on a laissé vieillir. Il s'adresse à 3 espèces différentes : le staphylocoque, le streptocoque et le pyocyanique.

A côté d'avantages indéniables, le propidon de Delbet présente des inconvénients certains. Certains auteurs ont été jusqu'à dire que son emploi constitue une véritable expérience ; une simple injection suffit parfois à déclencher des accidents aigus. Bien souvent à la fin d'une série de piqures on n'observe aucune amélioration ; dans quelques cas l'affection, s'aggravant au contraire, c'est ce que nous avons pu constater en juin 1942 chez un officier d'administration, V..., présentant un phlegmon du membre inférieur droit. Fait plus fâcheux, le propidon est capable de provoquer des récidives.

Ce produit agit en provoquant les phénomènes généraux et locaux intenses qui ne mesurent en rien l'effet utile, on note fréquemment une tuméfaction importante au point d'injection avec gêne des mouvements ; ces réactions douloureuses sont redoutées des malades qui

souvent cherchent à s'y soustraire, car plusieurs injections sont nécessaires. Aussi certains thérapeutes préfèrent-ils s'adresser à d'autres vaccins ou à des sérums s'accompagnant de réactions moins vives et semblant posséder les mêmes qualités. En ce qui concerne l'Hôpital Sainte-Anne, il n'était plus employé dans les affections staphylococciques mineures ces dernières années. En 1940, Pouyanne résumait l'ensemble des critiques adressées au propidon en disant que ce médicament n'a pas fait ses preuves d'une façon indiscutable.

2°) Vaccin anti-staphylococcique.

Succès et échecs sont souvent cités à son sujet, avec prédominance nette de ces derniers. C'est un produit qui n'a rien de spécifique, et qui apporte en outre une surcharge toxique dans l'organisme. C'est pourquoi, considérant qu'il n'a pas fait ses preuves définitives, nous conseillons de ne point en user.

3°) Auto-vaccins.

Leur emploi a été recommandé dans les furunculoses rebelles, mais dans certains cas ils provoquent des déterminations secondaires très tenaces ; nombreux insuccès, il faut longtemps pour les préparer.

4°) Sérothérapie.

Quelques beaux succès lui sont imputables.

5°) Anatoxithérapie de Ramon.

C'est une thérapeutique spécifique, devant agir sans provoquer de choc. La conduite du traitement est actuellement la suivante : avec une anatoxine titrant 10 unités antigènes :

Première injection : 0,10 cc.

Deuxième injection : 0,25 cc.

Troisième injection : 0,50 cc.

Quatrième injection : 1 cc.

Suivantes : 2 cc.

On injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sus-épineuse ; elle provoque le plus souvent l'apparition d'un petit placard d'érythème et ne doit donner aucune réaction générale. L'intervalle entre deux injections est de 4 à 5 jours.

Certains, chirurgiens spécialement, ont signalé des réactions locales très nettes, et signalé la formation d'abcès là où existaient seulement des tuméfactions douloureuses qui n'évoluaient pas.

De telles éventualités semblent très rares actuellement, la plupart des accidents pouvant être mis au compte d'une thérapeutique mal menée, les travaux de MM. Ramon, P. Mercier et R. Richou, en 1942, ont montré l'efficacité de cette méthode employée systématiquement par eux depuis 7 ans dans toutes les staphylococcies, le pourcentage des succès est faible.

Toutefois l'opinion de MM. Debré et Leveuf semble bien résumer par son pessimisme celle de nombreux cliniciens : « Si l'on envisagé les résultats cliniques de ces thérapeutiques dans les staphylococcies, on est obligé de reconnaître que bien des espoirs ont été déçus. Bien souvent, la vaccination ne suffit pas à empêcher l'éclosion des staphylococcies humaines, ni la sérothérapie à arrêter leur marche. Chez certains, au contraire, on voit monter la teneur du sang en antitoxines et la maladie continuer son cours ».

B) Roentgenthérapie.

Elle s'appuie sur le principe que le furoncle étant une nécrose et non une suppuration, il est vain et même dangereux de l'inciser, parce qu'on diffuse l'infection. Son action est purement locale, il se produit une alcalose locale, neutralisant les éléments acides provoqués par l'inflammation ; au point de vue physique, elle amène une diminution de la tension superficielle et un

abaissement de la tension osmotique. Elle agit sur la circulation, provoquant un afflux sanguin, son action serait comparable à celle de la chaleur mais possède, en plus, un facteur biologique qui lui est personnel, consistant en la mobilisation des éléments de défense et une sorte de vaccination locale très active dans la plupart des cas quoique certains chirurgiens lui préfèrent le propidon ; elle est très utile dans les furoncles ou anthrax de la lèvre supérieure ; cependant son action n'est pas locale et n'a rien de spécifique.

C). *Traitement chirurgical.*

Mise à part la simple incision des furoncles et hydrosadénites c'est surtout le traitement de l'anthrax que l'on doit envisager.

C'est Broca qui pose nettement l'utilité de l'acte : « il y a longtemps que, frappé par la gravité de certains anthrax j'ai eu la pensée qu'il conviendrait peut-être de se comporter à leur égard comme pour les tumeurs malignes... cela deviendra peut-être de la chirurgie rationnelle ».

Larrey, Cabanellas, Velpeau, Demarquay, abondent en ce sens. Mais nombreux sont les abstentionnistes : Follin, Giraldès, etc... Remis à l'honneur par Le Fort « ce traitement consiste, une fois les incisions faites, à enlever séance tenante, avec une curette tranchante, tous les exsudats et tous les bourbillons qui emplissent et distendent les mailles du tissu cellulo-adipeux ». Labbé fait de même, mais la méthode tombe dans l'oubli. Elle en sort avec Lannelongue, Weil, Chaput, les professeurs Imbert, Hartman, Ockinzic, etc..., etc...

A l'heure actuelle, on s'en tient à l'extirpation en bloc, au bistouri ou au thermocautère, suivant un des deux procédés :

1°) Extirpation totale, précédée de l'incision simple ou cruciale.

2°) Extirpation totale d'emblée.

Cette méthode radicale a donné de grandes satisfactions. Elle amène en particulier une sédation des douleurs, la guérison est assez rapide. Mais on procède à un véritable acte chirurgical, nécessitant une anesthésie générale, et qui, à ce titre, comporte tous les inconvénients qui lui sont associés, pouvant entraîner d'énormes pertes de substance d'où guérison beaucoup plus lente, avec souvent des cicatrices disgracieuses, nécessité de faire des pansements souvent très pénibles. Bien que l'on dépasse par l'exérèse les limites de l'anthrax, il n'est guère possible d'éviter l'inoculation de la plaie chirurgicale, ce qui offre un certain danger ; enfin on n'est jamais à l'abri d'une récurrence.

Toutefois, en l'absence d'une thérapeutique médicale spécifique, c'est l'excision qui doit toujours être appliquée ; il sera souvent utile d'adjoindre un traitement médical pour éviter les récurrences. Donc la meilleure méthode à suivre à ce jour était : excision + vaccinothérapie.

Ce rapide aperçu de quelques-uns des modes de traitement nous montre que l'on ne peut affirmer qu'il y en ait un qui soit vraiment spécifique vis-à-vis du staphylocoque. C'est pourquoi, lorsque, en 1935, et dans les années qui suivirent, s'affirmèrent les bienfaits de la thérapeutique sulfamidienne, un grand espoir se forma. Patel et Moiraud, en 1938, dans les conclusions de leur rapport à l'Académie de Chirurgie sur le traitement des septicémies à staphylocoques d'origine chirurgicale, s'ils exprimaient bien le pessimisme général quant à la valeur des traitements en cours, émettaient l'opinion que

la chimiothérapie était la thérapeutique d'avenir dans les staphylococcémies.

MODE D'ACTION ET CONDUITE DU TRAITEMENT

Nos observations ont été relevées soit en milieu hospitalier, soit sur une collectivité médicalement surveillée et suivie de très près, soit, pour quelques cas, en clientèle civile. Elles concernent des malades âgés de 7 à 74 ans ; elles nous permettent de préciser les modalités d'application et la posologie en une matière où, trop souvent, les observations précises et suivies sont difficiles à obtenir du fait de la négligence et de l'inattention des malades.

La base du traitement est la suivante : « Certaines manifestations pathologiques de la staphylococcie, de la tuberculose ganglionnaire et cutanée, de même que les gommes sporotrichosiques sont justiciables du traitement iodé ; du point de vue histologique, ces différentes réactions sont superposables, elles sont toutes, à des degrés divers, les lésions nodulaires, le centre du nodule est dépourvu de vaisseaux sanguins, la périphérie est vascularisée par de petits capillaires qui sont oblitérés ou épaissis. Le pourtour du nodule est entouré d'une zone ligneuse de réaction inflammatoire chronique, malgré cet isolement du reste de l'organisme, la médication iodée permet très souvent de faire fondre les formations nodulaires infestées par les microbes, on peut utiliser cette propriété de l'iode en l'associant aux sulfamides, pour atteindre le staphylocoque au sein mê-

me de son foyer nécrosé. Le traitement consiste donc dans l'administration simultanée, et à fortes doses, d'une solution iodo-peptonée et de sulfamides ».

L'iode a été donnée sous forme de pilules contenant 0,22 gr. d'iodo-protide sec, correspondant à 0,10 gr. d'iode métallique, la sulfamide employée : le 1162-F, le tout *per os*.

La posologie a été dominée par la nécessité de maintenir un taux bactériostatique suffisant, et pour cela, s'inspiré des 4 règles suivantes :

a) Fortes doses d'emblée : pour ne pas créer d'acoutumance au médicament.

b) Dose quotidienne suffisante.

c) Fractionnement des doses : en raison de la vitesse d'élimination, d'où l'intérêt des doses répétées tout au long de la journée.

d) Traitement court et d'une seule tenue, avec, dans les cas graves, instauration d'une cure de consolidation, après un repos de quelques jours.

Le schéma général du traitement était, pour les cas les plus courants, de 12 jours en 3 échelons. 4 types de traitement ont été employés plus particulièrement.

1^{er}, 2^e, 3^e jours : 6 à 8 Iodo-protide (pilules); 4 à 6 grammes de 1162-F.

4^e, 5^e, 6^e, 7^e jours : 3 à 4 Iodo-protide (pilules); 3 grammes de 1162-F.

8^e, 9^e, 10^e, 11^e, 12^e jours : 2 Iodo-protide (pilules); 2 grammes de 1162-F.

Dans le premier type, on donnait : 4 grammes d'iode, 40 grammes de 1162-F.

Dans le second type, on donnait : 5 grammes d'iode, 40 grammes de 1162-F.

Dans le troisième type, on donnait : 5 grammes d'iode, 34 grammes de 1162-F.

Dans le quatrième type, on donnait : 4,5 grammes d'iode, 34 grammes de 1162-F.

Les prises sont réparties dans la journée (sommeil respecté). L'iodoprotide est absorbé soit en même temps, soit une heure-avant la dose de 1162-F. Les cas les plus récents ont été traités avec des comprimés mixtes (1) associant le 1162-F à une dose double de celle de l'iodoprotide.

On prescrit le repos à la chambre pendant les 3 premiers jours, correspondant aux doses fortes ; régime alcalinisant, riche en légumes, eaux minérales alcalines ou bicarbonate de soude *per os* (1 gr. pour 0,50 gr. de 1162-F). Eviter les aliments riches en soufre ; champignons, œufs, viande, chou.

Assurer une hydratation suffisante, sans tomber dans l'excès qui risque d'abaisser la sulfamidémie et d'entraîner une élimination trop rapide du médicament. La diurèse à obtenir doit être de 1 litre 500 en moyenne.

Tenir compte des incompatibilités médicamenteuses. Si l'état général est touché, recourir à l'opothérapie hépatique ou à la vitaminothérapie C qui jouent un rôle certain dans la prévention des accidents toxiques.

(1) Iodo septolix (Théraplax) 0,40 gr. en 1162-F ; 0,22 gr. en iodo-protide sec.

Observation N° 1.

C... Robert, agent civil chef de 2^e classe, arrimeur, 30 ans.

Date d'entrée à l'hôpital le 17 décembre 1941.

Depuis 1930, à la suite d'un séjour en Syrie, aurait de fréquentes atteintes de furonculose. Il y a trois semaines à la suite d'un furoncle de la nuque, apparition d'une réaction ganglionnaire sous-claviculaire droite.

À l'heure actuelle les furoncles sont guéris, mais tout le creux sous-claviculaire est occupé par une tuméfaction rouge, dure, douloureuse. La partie centrale est œdématiée, et un abcès paraît déjà presque formé. Température entre 37°8 et 38°8.

Formule sanguine de suppuration, 88 polynucléaires, 8.800 globules blancs, glycémie normale.

Devant l'allure sérieuse de l'affection staphylococcique on associe aux traitements locaux le traitement iodo-protide et 1162-F.

Soit du 1^{er} au 4^e jour, 8 cm³ d'iodo-protide en solution et 8 grammes de 1162-F.

Du 5^e au 7^e jour, 6 cm³ d'iodo-protide en solution et 6 grammes de 1162-F.

Du 8^e au 10^e jour, 4 cm³ d'iodo-protide en solution et 2 grammes de 1162-F.

On observe une régression rapide des phénomènes inflammatoires. Même la petite zone centrale ramollie, qu'on croyait devoir au moins fonctionner au bistouri disparaît.

Le 29 décembre, le chiffre des polynucléaires neutrophiles est tombé à 54, celui des leucocytes à 9.440. Le malade sort guéri le 31 décembre.

NOTA. — Le malade a remarqué qu'un adénofibrome du mamelon gauche existant depuis 1934 au moins a beaucoup diminué en cours de traitement.

Tès brillant résultat.

Observation N° 2.

M..., Capitaine de vaisseau, 53 ans.

Anthrax de la nuque incisé le 30 juillet 1942. Mise en œuvre du traitement par iodo-protide tyrosine (128ⁱ comprimés) en 16 jours. Pas d'amélioration par le traitement dans les 24 premières heures. Nouvelle incision. Chute de la température le 3 août seulement au 6^e jour. Le 5 août, amélioration nette.

Echec.

Observation N° 3.

P... Robert, matelot mécanicien, « Impétueuse », 20 ans.

Entre le 31 juillet 1942 pour anthrax de la nuque. Début il y a trois semaines par furonculose, depuis cinq jours localisation au niveau de la nuque.

Institution du traitement le 1^{er} août 1942.

1^{er} au 4^e jour : 6 pilules iodo-protide, 8 grammes de 1162-F.

5^e au 7^e jour : 4 pilules iodo-protide, 6 grammes de 1162-F.

8^e au 10^e jour : 2 pilules iodo-protide, 2 grammes de 1162-F.

Dès le premier jour, le malade accuse une nette amélioration, en particulier en ce qui concerne les mouvements, disparition de l'attitude voûtée, nette atténuation des douleurs. Dans la nuit du 1^{er} au 2 août, diminution notable du volume de l'anthrax, qui ne se présente plus que comme une légère surélévation.

Le 7 août, disparition totale de l'anthrax, plus de suppuration. Exéat le 11 août au 12^e jour après guérison complète, comblement de la région atteinte. La formule sanguine est normale. Le malade

a absorbé 4 gr. 20 d'iode métallique et 56 grammes de 1162-F.
Aucun incident à signaler.

Très bon résultat.

Observation N° 4.

M. D..., Médecin en chef, 41 ans.

Gros anthrax de la nuque. Mise en œuvre du traitement le 3 août 1942.

1^{er} jour : 3 pilules I.P., 4 grammes de 1162-F.

2^e au 4^e jour : 6 pilules I.P., 8 grammes de 1162-F.

5^e jour : 4 pilules I.P., 6 grammes de 1162-F.

Soit 2 gr. 50 d'iode métallique et 34 gr. de 1162-F.

Dès le 5 août (2^e jour) très bel état local, bourbillon en voie d'élimination. Evolution nette vers la guérison dès le 4^e jour. Traitement interrompu au 5^e jour par excès d'optimisme. A fait une toute petite poussée furonculaire vite apaisée vers le 12^e jour.

Très bon résultat.

Observation N° 5.

M. F..., Médecin de 1^{re} classe, 30 ans.

En 1937, staphylococcémie traînante, aucune hémoculture ne fut faite.

Depuis un mois (24 août 1942) a présenté trois panaris, les deux premiers à forme torpide avortant sans collection suppurée nette. Institution du traitement le 24 août 1942 de type ambulatoire léger, 4 jours à 3 pilules d'iodo-protide et 2 gr. de 1162-F du 5^e au 15^e jour, 2 de chaque.

Le 2 septembre, le dernier panaris a été rapidement guéri ; pas d'autres manifestations.

Le malade accuse des sensations de fatigue, asthénie, difficulté d'assurer son service, même pour des doses de 2 gr. de 1162-F.

Revu le 2 octobre. Excellent état général, aucune autre détermination staphylococcique depuis lors. Le malade a absorbé 3 gr. 40 d'iode métallique et 30 gr. de 1162-F.

Revu le 12 décembre 1942. Plus aucune manifestation staphylococcique.

Excellent résultat.

Observation N° 6.

C..., apprenti canonnier, 19 ans.

Entre le 2 septembre 1942. Furonculose évoluant depuis le 30 juin 1942, en août localisation dans la région cervicale gauche, de part et d'autre des régions malaires, et au niveau des membres supérieurs. Actuellement furonculose au niveau des avant-bras et de la région cervicale droite. Début du traitement le 2 septembre 1942, type 2.

Le 7 septembre très bon état général, amélioration très rapide, plaies en bonne voie de cicatrisation, plus de suppuration.

Le 15 septembre. Fin du traitement, cicatrisation parfaite de tous les furoncles. Peau très souple, résultat parfait, traitement très bien supporté.

Très bon résultat.

Observation N° 7.

P... Jean, ouvrier temporaire, 43 ans.

Entre le 3 septembre 1942. Furonculose évoluant depuis juin 1942. Actuellement furonculose très étendue de la fesse gauche,

tapissant littéralement celle-ci, avec folliculité. Début du traitement le 4 septembre 1942, type 2.

Le 7 septembre. Il ne reste plus qu'un seul furoncle en voie d'évolution, et quelques points de folliculité. Les autres furoncles présentent en leur centre une petite escarre en voie d'élimination, avec, autour, du tissu souple et non infiltré.

Le 16 septembre, fin du traitement. Cicatrisation complète et parfaite des multiples furoncles dont beaucoup ont avorté avant le stade suppuratif.

Résultat très brillant.

Observation N° 8.

B... André, matelot fourrier, D.C.A., Cap-Brun, 20 ans, (Observation due à l'obligeance de M. le Médecin de 1^{re} classe Rideau).

Présente le 20 août 1942 un furoncle de l'avant-bras droit qui est suivi d'une série d'abcès furonculeux, tous localisés à cet avant-bras. Le 4 septembre l'avant-bras tuméfié et rouge présente de nombreux petits cratères ; quelques ganglions sont hypertrophiés et douloureux, le long de la chaîne humérale. Pas d'adénopathie axillaire, état général bon. Apyrexie.

Traitement local et autohémothérapie.

5 cc. le 4.

5 cc. le 6.

10 cc. le 8.

Aucune amélioration appréciable.

Le 8, l'affection a le caractère d'un véritable phlegmon diffus de tout l'avant-bras, avec abcédations multiples sans écoulement appréciable de pus, et dermite prurigineuse. Adénopathies humérale et axillaire douloureuses sans lymphangite. Absence de phénomènes généraux. Début du traitement le 9 septembre, type 2. Le 12, après trois jours de traitement, amélioration très importante se traduisant

par une diminution de volume considérable, disparition de la rougeur, assèchement d'un certain nombre de pertuis.

Le 13, on constate une reprise, assez marquée, des phénomènes locaux, les adénopathies sont plus marquées qu'auparavant. Cet état reste stationnaire jusqu'au 15, date à laquelle on constate une reprise sensible de l'amélioration.

Le traitement est continué jusqu'au 21 septembre, date à laquelle le malade est considéré comme guéri.

Très brillant résultat.

Observation N° 9.

V... Jean, ouvrier à l'arsenal, 22 ans.

Entré le 9 septembre pour furonculose périnéo-scrotale, évoluant depuis 15 jours.

Dans les antécédents, furonculose en 1926 et 1927. Très bon état général. Présente à l'heure actuelle des localisations au niveau des cuisses, des fesses, des bourses, de l'avant-bras droit.

Début du traitement le 9 septembre, type 2.

Le 14 septembre. Très grosse amélioration, plus rien au niveau des bourses, cicatrisation de tous les furoncles sauf un au niveau de la fesse gauche.

Le 21 septembre. Fin du traitement. Cicatrisation totale et parfaite de tous les furoncles. A noter dans ce cas la rapidité de sédation des phénomènes inflammatoires. Formule sanguine normale.

Excellent résultat.

Observation N° 10.

C... Joseph, matelot armurier, D.C.A., Cap-Brun, 22 ans.
(Observation due à l'obligeance de M. le Médecin de 1^{re} classe,
Rideau).

Vers le 20 septembre 1942 présente quelques furoncles, principalement au niveau de l'avant-bras droit. Le 1^{er} octobre présente une hydrosadénite de l'aisselle droite, très douloureuse, le 3 et atteignant le volume d'un œuf de poule.

Une incision ramène un peu de liquide séro-purulent.

Le 5 octobre l'hydrosadénite est toujours volumineuse et douloureuse ; en outre apparition d'un abcès de la marge de l'an us du volume d'un pois.

Le 6 début du traitement type 4.

Le 9 octobre écoulement séro-purulent de l'hydrosadénite, très diminuée de volume et tarie ; il ne persiste qu'un peu de sensibilité au niveau de l'abcès de la région anale.

Dès le 10 octobre le malade peut être considéré comme guéri.

Revu le 1^{er} décembre 1942, à cette date n'avait pas eu de nouvelles déterminations staphylococciques.

Nous assistons, dans ce cas, à une guérison dans les délais les plus courts.

Très bon résultat.

Observation N° 11.

Mad. G...

Furonculose évoluant depuis 2 ans. Depuis trois mois présente de nouvelles poussées furonculeuses. Le 20 octobre début du trai-

tement type 4. L'évolution est tout à fait favorable. Guérison rapide sans le moindre incident.

Très bon résultat.

Observation N° 12.

L... Hubert, second-maître canonnier « Commandant-Teste », 28 ans.

Malade déjà hospitalisé à Brest du 11 mars 1938 au 25 mars 1938 pour panaris profond de l'index droit. Concuremment phénomènes inflammatoires au niveau des diverses articulations des doigts et de la main droite. Les incisions n'auraient jamais donné issue à du pus.

En mai 1938. Abscess anthracoïde du flanc droit.

Depuis cette époque, aurait présenté des poussées saisonnières de furonculose ou de placards anthracoïdes localisés principalement à l'avant-bras droit, et à la main droite.

Depuis son embarquement sur le « Commandant-Teste », relevé des exemptions à bord.

Du 24 au 30 octobre 1941 : otite externe bilatérale.

Du 20 au 26 novembre 1941 : furonculose du poignet droit.

Du 15 au 16 décembre 1941 : bronchite et otite moyenne catarrhale gauche, avec otite suppurée droite.

Du 20 au 26 avril 1942 : otite moyenne droite.

Du 8 au 16 mai 1942 : otite moyenne bilatérale.

Du 15 juillet au 4 août 1942 : furonculose du conduit auditif à droite, avec otite externe.

Le 19 octobre 1942 : anthrax de la face postérieure de l'avant-bras droit.

Le 21 octobre 1942 : début du traitement type 4.

Le 1^{er} novembre, plaie parfaitement nettoyée, fond bourgeonnant.

Sous l'influence du traitement un furoncle net de la première phalange de l'annulaire gauche est en pleine régression. Les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu.

Le 3 novembre, furoncle de l'avant-bras droit terminé. Excellent état, plus aucune manifestation en cours. Résultat acquis.

Donc guérison rapide, tout à fait remarquable.

Résultat très brillant.

Observation N° 13.

P., Yves, second-maître D.P., 48 ans.

Présente un furoncle pré-auriculaire à droite ayant débuté le 3 novembre 1942.

A l'heure actuelle, anthrax de la région pré-auriculaire droite, grosseur d'un œuf de pigeon. Signale des furoncles du conduit auditif en 1915. Tout autour de l'anthrax infiltration œdémateuse, gagnant la région palpébrale. Sujet fatigué.

Le 11 novembre, début du traitement type 4.

Le 13 amélioration locale importante, disparition de l'œdème.

Le 14, élimination de bourbillons.

Le 22, guérison totale de l'anthrax, traitement très bien supporté, formule sanguine normale, au cours des différents examens les 14, 18, 23 novembre 1942.

En résumé : guérison remarquablement rapide, chez un sujet déficient ; l'anthrax a littéralement fondu, et le cratère s'est comblé très rapidement.

Résultat remarquable.

Observation N° 14.

P..., agent technique, 56 ans.

Abcès furonculaire du sillon naso-génien gauche, sous-cutané, fluctuant.

Début il y a 7 jours. Institution du traitement le 11 novembre 1942.

Le 13 novembre 1942 abcès mûr pour l'incision.

3 jours : 10 compr. d'iodo-septoplix + 4 gr. de 1162-F.

7 jours : 8 compr. d'iodo-septoplix + 4 gr. de 1162-F.

Amélioration subjective, moindre tension, œdème palpébral diminué dans les 24 heures. Mais adressé au chirurgien pour incision immédiate, sur la lésion absolument circonscrite, il n'y a plus qu'à lever à la pince un bourbillon qu'on ensemence. Le 20 guérison complète, la culture n'a pas poussé.

Résultat remarquable.

Observation N° 15.

R., Henri, ouvrier à l'arsenal, 31 ans.

Malade ayant présenté de la furonculose en 1942. Depuis le 15 février 1943, furoncle du nez siégeant sur l'arête nasale. Rapide augmentation de volume, avec infiltration œdémateuse des tissus du voisinage. Le 21 février, ouverture spontanée de l'anthrax avec écoulement abondant séro-purulent. Céphalées très vives, troubles oculaires. Température 38° à 39°, sueurs profuses. A son entrée à l'hôpital, le 26 février, anthrax volumineux déformant tout l'or-

gane, écoulement abondant. Importante adénopathie sous-maxillaire. Au niveau de la nuque, furoncle. Malade très abattu. Institution du traitement.

1^{er} jour : 6 pilules d'iodo-protide, 6 grammes de 1162-F.

2^e au 4^e jour : 6 pilules d'iodo-protide, 8 grammes de 1162-F.

5^e au 9^e jour : 4 pilules d'iodo-protide, 3 grammes de 1162-F.

Ni sucre, ni albumine.

Le 2 mars, 5^e jour, faciès infecté, pouls petit, adynamie. Élimination sulfamidée bonne, formule sanguine sensiblement normale.

Le 3 mars, élimination sulfamidée toujours excellente, taux de sulfadémie : 40 m/m 0/00.

Le 6 mars, 9^e jour. Nette amélioration locale et générale. Le nez a repris ses proportions normales, encore une légère exudation. Les téguments reprennent leur aspect normal. Plus de signes objectifs. On prescrit une cure de consolidation de 5 jours.

Le 10 mars, guérison totale, intégrité anatomique parfaite, peau souple.

Résultat brillant.

Observation N° 16.

P..., matelot canonnier, « Marseillaise », 19 ans.

(Observation due à l'obligeance de M. le Médecin principal Beauchesne).

Malade examiné le 9 août à bord présentant une hydrosadénite axillaire droite et incisée à trois reprises différentes les 9, 18 et 21 août, avec méchage au Dakin. On note, à chaque fois, la réapparition des poches purulentes.

Institution du traitement le 26 août, type 1.

Dès le 27 on note une limitation du foyer, avec ramollissement.

Dans la nuit du 28 au 29 août, ouverture du foyer. Les douleurs ont cessé dès le 27 août, ainsi que la gêne fonctionnelle.

Le 29 août, lors du pansement, la suppuration est insignifiante. Le 30, la fistule est tarie.

Le 2 septembre l'hydrosadénite est en voie de cicatrisation et peut être considérée comme guérie.

On continuera néanmoins le traitement jusqu'au 6 septembre.

En résumé, guérison très rapide au 8^e jour ; malade revu le 15 octobre avec maintien de la guérison.

Résultat très brillant.

Observation N° 17.

S..., matelot d'équipage, « Marseillaise », 20 ans,

(Observation due à l'obligeance de M. le Médecin principal Beauchesne).

Présente une hydrosadénite du creux axillaire gauche, ayant été vidé en partie le 2 septembre 1942. Présence d'une induration assez profonde, avec un trajet de 6 à 8 cm. en horizontale. Le 3 septembre début d'un traitement type 2.

On assiste rapidement à la disparition des phénomènes inflammatoires, au comblement du trajet fistuleux.

Revu le 12 octobre, guérison stable.

Résultat particulièrement brillant.

Observation N° 18.

V..., Charles, matelot infirmier, Sainte-Anne, 22 ans.

Hydrosadénite de l'aisselle droite, évoluant depuis une quinzaine

de jours. A ce jour, 9 septembre 1942, gros bloc induré occupant tout le creux axillaire, avec, au centre, un point de suppuration.

Traitement type 2.

Le 14 septembre, 5^e jour, très grosse amélioration, la palpation n'est presque plus douloureuse et ne décèle que de petites indurations autour des anciens foyers suppuratifs. Vive céphalée le 1^{er} jour, diarrhée forte pendant 2 jours. Actuellement très bon état général.

Le 17 septembre, 8^e jour, guérison totale.

En résumé : suppuration tarie dès le 5^e jour, avec guérison complète au 8^e.

Très brillant succès.

Observation N° 19.

V... Pierre, chef de groupe, Chantiers de Jeunesse, 35 ans.

Hydrosadénite de l'aisselle droite, évoluant depuis le 25 septembre 1942, début par une petite tumeur, puis suppuration et fistulisation. Jusqu'à ce jour 22 octobre, se sont ainsi formés successivement une dizaine d'abcès. Le sujet s'est montré rebelle aux traitements suivis à ce jour.

Pansements humides chauds.

Vaccin antistaphylococcique.

Dagenan.

Septoplîx.

Autohémothérapie (3 séances).

Le 22 octobre on note un empâtement généralisé du creux axillaire, deux abcès, l'inférieur fistulisé, pus bien lié. Début d'un traitement type 4.

Le 24 octobre, les douleurs ont complètement disparu, empâtement encore marqué adhérent au plan profond.

Le 26 octobre, amélioration nette, l'abcès inférieur ne suppure plus, le placard induré sur lequel reposaient les abcès est presque complètement résorbé, peau devenant souple.

Le 29 octobre, en très bonne voie de guérison. Traitement à continuer à domicile.

Très bonne évolution. Il semble que les doses d'iode et de 1162-F aient été un peu faibles.

Observation N° 20.

L..., Jules, ouvrier à l'arsenal, 32 ans.

Furunculose en 1941. Depuis le 12 novembre 1942 présente deux volumineuses hydrosadénites bilatérales axillaires avec furunculose.

Le 18 novembre on note, à droite trois abcès, à gauche deux abcès, avec folliculité de voisinage, aspect vineux, tension, douleurs très grandes spontanément et à la pression; gêne fonctionnelle très importante. Au niveau du pubis, gros furoncle, ainsi que deux autres sur la jambe droite et trois sur l'avant-bras droit.

Traitement type 4 à partir du 18 novembre.

Le 20 novembre un abcès s'est ouvert spontanément à gauche, donnant une nette amélioration. Un peu de céphalée, formule sanguine de suppuration 21.360 blancs, 65 polynucléaires neutrophiles.

Le 23 novembre, incision de deux abcès à droite, un à gauche.

Le 24 novembre, très bon état général, les furoncles ont avorté, aucun phénomène inflammatoire à leur niveau. Au niveau des aisselles pas de suppuration, la peau a tendance à retrouver sa souplesse.

Le 25 novembre, plus de méchage. Formule sanguine sensiblement normale.

Le 27 novembre, guérison complète.

Très bon résultat.

Observation N° 21.

B.. Henri, ingénieur I. Navales 1^{re} classe, 32 ans.

Entre à l'hôpital avec un furoncle de la lèvre supérieure, pointant nettement, très douloureux, mais limité.

Institution d'un traitement par l'iodoseptolix le 15 mai, à raison de :

1^{er} jour, 12 mai : 16 comprimés.

2^e jour, 13 mai : 16 comprimés.

3^e jour, 14 mai : 5 comprimés.

4^e jour, 15 mai : 5 comprimés.

5^e jour, 16 mai : 5 comprimés.

Le furoncle perce spontanément au matin du 1^{er} jour de traitement ; détente immédiate, assèchement en quelques heures.

Guérison acquise à la date du 21 mai.

Très beau succès.

Observation N° 22.

Enfant V... Yvette, 11 ans.

Folliculite avec poussées successives consécutive à un traitement de gale. Soignée depuis le 3 avril 1943 par eau d'alibour ; soufre, bains, etc... n'amenant aucune amélioration, au contraire, le 18 avril au matin, nouvelle poussée.

Institution d'un traitement le 18 avril.

3 premiers jours : leviodix (pilules), 1162-F : 8... 4.

7 jours suivants : leviodix (pilules), 1162-F : 4... 2.

On obtient rapidement la guérison au troisième jour. Aucune

nouvelle poussée à la fin du traitement continué pour consolider la guérison « tout est sec ».

Succès remarquable.

Observation N° 23.

Enfant V., René, 7 ans et demi.

Folliculite à poussée successives chez le frère d'Yvette. Aucune amélioration sous l'influence de divers traitements. Sert de témoin, est mis en traitement avec trois jours de décalage.

Emploi des mêmes produits et doses.

Au troisième jour, succès remarquable, tout à fait comparable à celui de sa sœur. Tout est sec. Même traitement de consolidation.

Succès remarquable.

Observation N° 24.

C... Casimir, 20 ans, jeune des chantiers de jeunesse.

Entré à l'hôpital pour folliculite des poignets et des mains confluentes consécutive à une gâle traitée en mars. On note des cicatrices de furoncles et de lésions infectées des membres inférieurs.

Institution du traitement le 20 avril 1943.

3 jours avec 8 pilules Leviodix, 4 gr. par jour 1162-F.

4 jours avec 6 pilules Leviodix, 3 gr. par jour 1162-F.

5 jours avec 2 pilules Leviodix, 2 gr. par jour 1162-F.

Dès le premier soir, le malade signale un gonflement des mains et des pieds.

Le 2^e jour, 21 avril, amélioration très nette ; pas de nouvelle poussée ce qui ne s'était pas présenté depuis un mois.

Toutes les pustulettes sèchent à la fois.

Le 8^e jour, 27 avril, guérison apparente. « Tout est sec ».

Le 12^e jour, 1^{er} mai, guérison définitive. Action remarquable dans un cas de folliculite suppurée et étendue, évoluant et tenace.

Très brillant résultat.

Observation N° 25.

D... Jules, 30 ans, ouvrier à l'arsenal.

Entre à l'hôpital le 3 avril 1943 pour furonculose chronique (5 à 6 mois) siégeant au niveau des fesses et des membres inférieurs, avec pyodermite périnéale et péri-anale.

Début du traitement le 14 avril 1943.

1^{er} jour : 10 pilules iodo-protide, 5 gr. de 1162-F.

2 jours suivants : 8 pilules iodo-protide, 4 gr. de 1162-F.

4 jours suivants : 4 pilules iodo-protide, 3 gr. de 1162-F.

Soit 4,20 gr. d'iode métallique et 25 gr. de 1162-F.

Le 3^e jour, atténuation nette des furoncles des membres inférieurs et de la pyodermite en 48 heures.

Le 20 avril, guérison apparente.

Très bon résultat.

Observation N° 26.

D... ouvrier à la pyrotechnie, 56 ans.

Malade sujet aux affections staphylococciques. A présenté en décembre 1941 de la furonculose. En mars 1943 un anthrax de la région sous-scapulaire droite enlevé par excision au bistouri électrique ; en outre furonculose de la région périno-scrotale. En mai 1942, anthrax de la région sous-scapulaire gauche, et anthrax de

la région dorsale droite, exerce au bistouri. En juillet 1942 a présenté une poussée d'impétigo.

Actuellement, 10 août 1942. Anthrax de la région dorsale droite, volume d'une grosse paume de main, en regard de la pointe de l'omoplate correspondante. Aspect en ruche d'abeille; suppuration abondante, surélévation de 4 cm. environ par rapport aux tissus sains. Douleurs intenses, attitude soudée. Malade asthénisé, amaigrissement considérable depuis décembre 1941 : 30 kilogs.

Le 11 août, début du traitement.

1^{er} jour : 6 pilules d'iodo-protide, 8 gr. de septoplax.

Du 2^e au 4^e jour, 12 au 14 août : 6 pilules d'iodo-protide + 6 gr. septoplax.

Du 5^e au 7^e jour, 15 au 17 août : 4 pilules d'iodo-protide + 4 gr. septoplax.

Du 8^e au 10^e jour, 18 au 20 août : 2 pilules d'iodo-protide + 2 gr. septoplax.

Le 12 août, dès le 2^e jour, nette amélioration : diminution de la tension au niveau de l'anthrax, plus d'attitude soudée, les mouvements de l'épaule sont tous possibles sans douleur. Localement exsudation très abondante de pus et de sérosités. Formule sanguine de suppuration.

Le 14 août, diminution de volume, formation de nouvelles cheminées, pus plus fluide, folliculite de voisinage.

Le 16 août (6^e jour), écoulement toujours très abondant, la formule sanguine s'est améliorée.

Le 21 août, l'anthrax est presque mis à plat, suppuration toujours très abondante. Du 24 août au 17 septembre on prescrit 2 pilules d'iodo-protide et 2 gr. de septoplax.

Le 24 août, il reste encore autour du cratère central, une zone vineuse non douloureuse, suppuration peu abondante. Etat général très bon, cure de consolidation prescrite.

Le 7 septembre, fin du traitement prévu, il persiste toujours une petite plaie oblongue de bon aspect, mais suante. Tissus et teguments de voisinage souple, non enflammés.

Bon résultat.

Observation N° 27.

Corf... Joseph, maître marinier, D.P., 40 ans.

Anthrax de la nuque évoluant depuis 8 jours avec température variant de 38° à 39°. A l'entrée le 12 août 1942 le pus vient en surface, l'anthrax reste rouge, violacé avec zone de sphacèle. Douleur et gêne fonctionnelle importante.

Le 14 août, début du traitement, soit :

2 jours : 8 pilules d'iodo-protide et 8 gr. de septoplix.

2 jours (3 à 4) : 8 pilules d'iodo-protide et 6 gr. de septoplix.

4 jours (5 à 8) : 6 pilules d'iodo-protide et 4 gr. de septoplix.

6 jours (9 à 14) : 4 pilules d'iodo-protide et 6 gr. de septoplix.

Le 15 août, amélioration sensible, diminution de tension de l'anthrax, le malade a l'impression de fonte à ce niveau. Ecoulement abondant de sérosités.

Le 17 août, au quatrième jour, écoulement toujours abondant, plus aucune gêne fonctionnelle. Bon état général, formule sanguine normale.

Le 25 août, fin du traitement, très bon état général, cratère bourgeonnant, plus de suppuration. On décide de donner un traitement de consolidation avec 2 pilules d'iodo-protide et 2 grammes de septoplix du 26 au 31 août.

Le 31 août, anthrax guéri, cicatrice souple non adhérente.

Bon résultat.

Observation N° 28.

D... François, maréchal des logis, 36 ans.

Furonculose évoluant depuis trois semaines. Dans les antécé-

dents, furonculose en 1932. A l'entrée le 25 août 1942, présente 4 furoncles en voie d'évolution, avec œdème de l'avant-bras droit, du coude de la main et du dos. Ganglion sus-épitrochléen très douloureux. Asthénie marquée, mauvais état général. Début du traitement ce même jour, type 1.

Le 29 août, 4^e jour, deux des furoncles sont en voie de guérison avec aspect cratériforme, les deux derniers apparus sont en pleine phase de suppuration. Le malade accuse de la lassitude, iodides modérées, au niveau des avant-bras.

Le 1^{er} septembre, évolution vers la guérison, suppuration légère, l'intolérance du début a disparu.

Le 7 août, fin du traitement, cicatrisation des furoncles, peau souple non adhérente. En résumé : *Résultat satisfaisant*, guérison rapide, mais intolérance légère.

Observation N° 29.

L... Edouard, second-maître radio, 19 ans.

Présente de la furonculose depuis un mois. Actuellement, 15 septembre 1942, on note une zone inflammatoire très rouge et très chaude au niveau du genou droit où étaient apparus un furoncle et un abcès pré-rotulien actuellement guéri. Sur la face interne de ce même genou on note deux furoncles en évolution. Depuis le 14 septembre furoncle de l'arcade sourcillière droite, avec œdème important de la région.

Traitement type 3, début le 16 septembre.

Le 21, guérison de tous les furoncles, mais apparition dans la région du genou d'une réaction eczémateuse très purigineuse et très diffuse.

Le 23 septembre, traitement interrompu par suite d'une éruption miliaire vraisemblablement due à l'iode.

Amélioration nette, mais iodisme.

Observation N° 30.

Mme R..., 28 ans.

Présente depuis une quinzaine de jours deux panaris des doigts traités par la thiazomide à doses faibles et irrégulières. Le 30 décembre 1942, début d'un traitement par iodure de sodium et 1162-F.

4 jours : 4 doses de 0,25 gr. d'I.Na et 4 gr. de septoplix.

6 jours : 4 doses de 0,25 gr. d'I.Na et 2 gr. de septoplix.

On note une guérison particulièrement rapide, en moins de huit jours des détermination staphylococciques.

Bon résultat.

Observation N° 31.

A..., pharmacien chimiste principal.

Hydrosadénite bilatérale évoluant depuis une quinzaine de jours.

Début du traitement, le 15 février 1943.

5 jours avec 4 pilules d'iodo-protide et 3 gr. de septoplix.

7 jours avec 2 pilules d'iodo-protide et 2 gr. de septoplix.

Le 12^e jour, 26 février, amélioration nette, mais traitement à poursuivre, on prescrit une cure de consolidation avec des comprimés d'iodo-septoplix à raison de 4 par jour, durant huit jours.

Bon résultat.

Observation N° 32.

A... Honoré, 39 ans, ouvrier arsenal.

Depuis le 26 avril présente un gros anthrax de la nuque.

A son entrée dans le service, le 4 mai, on note un empâtement local considérable. Bon état général. Traitement par les comprimés d'iodo-septoplix à raison de :

4 premiers jours : 10 comprimés par jour.

4 jours suivants : 8 comprimés par jour.

8 jours suivants : 6 comprimés par jour.

Le 3^e jour, 6 mai, on note une atténuation de la douleur, et sensation de détente locale.

Le 4^e jour, 7 mai, amélioration locale, mais encore gros cratère avec pus dans le fond. Congestion locale. Il semble que les doses d'attaque aient été insuffisantes.

Le 9^e jour, 12 mai, suppuration légère dans un cratère en voie de comblement, saigne facilement, quelques points de pyodermite.

Le 16^e jour, 19 mai, cratère en voie de comblement. Les points de pyodermite ont complètement disparu.

Bon résultat, mais doses d'attaque faibles.

Observation N° 33.

P... Jeannette, femme de second-maître radio, « Condorcet », 27 ans.

Hospitalisée le 29 juin 1942 pour abcès du sein gauche en voie de suppuration ; apparu huit jours après accouchement.

Traitée par le dagénan durant 4 jours.

A l'examen, tuméfaction inflammatoire au-dessous du mamelon gauche avec adénite axillaire gauche satellite. Allaitement stoppé.

Le 30 juin, sous anesthésie générale au kélène, incision de l'abcès au point, fluctuant, débridement au doigt ; au cours de cette exploration on trouve un diverticule qui se dirige en bas et en dehors. Contre-incision dans le sillon sous-mammaire. Drainage par lame de caoutchouc. Prélèvement de pus.

A l'examen du pus : après culture, staphylocoques dorés. Dans les jours suivants, pansements humides chauds, thiazomide.

Le 16 juillet, induration de la partie supérieure et externe du sein, menace de nouvel abcès.

Le 17 juillet, institution du traitement iodo-protide septoplix.

Iodo-protide : 6 pilules.

Septoplix : 6 grammes.

Le 18 juillet, la menace de nouvel abcès de la partie externe du sein gauche pour lequel le traitement I.S.x. avait été institué paraît, en 24 heures, avoir considérablement diminué.

On continue la même dose de I.S.x. 6 pilules, 6 grammes jusqu'au 20 juillet inclus.

Le 21 juillet : 4 pilules iodo-protide, 4 gr. de septoplix jusqu'au 23 inclus.

Le 24 juillet : 2 pilules iodo-protide, 2 gr. de septoplix jusqu'au 26.

Le 28 juillet, il ne persiste, au départ de la malade, après 10 jours de traitement, que des nodosités dures et indolores à la partie externe du sein gauche.

Traitement bien supporté, aucune intolérance, très bon état général. La température qui présentait des oscillations se maintient entre 36°8 et 37°2 à partir de l'institution du traitement.

Observation N° 34

Le., Raymonde, femme de quartier-maître canonnier, 20 ans.

Présente un abcès du sein gauche, et de la lymphangite du sein droit à la suite d'un accouchement.

Le 14 septembre, sous anesthésie à la reine. — Incision sous-mammaire à gauche. Issue de 300 cc. de pus abondant. Mise en place de deux lames de caoutchouc. Prélèvement du pus, qui revèle, à l'examen, la présence de staphylocoque doré.

Le 15 septembre : diminution de la lymphangite droite.

Amélioration notable du sein gauche.

Le 16 septembre, l'amélioration escomptée ne se produisant pas, mise en œuvre du traitement iodo-septoplix.

1^{er} au 4^e jour : 6 pilules d'iodo-protide, 6 gr. de septoplix.

5^e au 8^e jour : 4 pilules d'iodo-protide, 4 gr. de septoplix.

9^e au 13^e jour : 2 pilules d'iodo-protide, 2 gr. de septoplix.

Le 21 septembre, amélioration, plus de température, diminution de la suppuration. Bon état général. Pas d'intolérance à l'iodo-protide.

Le 29 septembre, à douze heures du quadrant mammaire, apparition d'un nouveau foyer inflammatoire, induration avec, au milieu, un point de fluctuation. Une ponction pratiquée ne ramène rien.

Fin du traitement.

Malade anémiée : globules rouges : 2.731.000.

globules blancs : 16.000.

poly-neutro : 84.

eosenu : 1.

Baso : 0.

lymphocytes : 10.

monocytes : 5.

Le 6 octobre, la malade se plaint de petites douleurs (piques d'aiguilles dans le sein gauche). Nodule toujours fluctuant. Ponction au bistouri ne ramenant rien.

Lavage au nitrate d'argent à 2 % dans la cavité abcédée.

Le 8 octobre, petits accès fébriles depuis le 6. Inflammation et fluctuation au niveau du sein droit (Quadrant supéro-externe). Ponction au trocart ramenant 40 cc. de pus épais, homogène, bien lié, qui, à l'analyse, révèle la présence de staphylocoques dorés.

Le 12 octobre, Une nouvelle ponction du sein droit ramène environ 50 cc. de pus vert crémeux.

A gauche, écoulement tari; le sein reprend son volume normal.

Le 16 octobre, zone d'induration à droite mais non douloureuse. Sein gauche en bonne voie de guérison, pas de température.

Le 20 octobre, incision du sein droit.

Le 22 octobre, sein gauche guéri.

Sein droit : une lame de caoutchouc a été placée dans l'incision sous-mammelonnaire, la suppuration est presque tarie et le sein n'est presque plus induré.

Le 27 octobre, le sein droit présente encore un peu d'induration mais il n'y a plus d'inflammation ; aucune douleur à ce niveau.

Le 27 octobre, exeat.

Observation N° 35.

B... Marie, femme de marinier de 3^e classe.

Présente des abcès multiples du sein droit évoluant depuis 10 jours, avec température élevée, asthénie assez profonde. Incision le 18 septembre.

Début du traitement le 19 septembre 1942.

21 septembre. Sédation des phénomènes douloureux.

Persistance de la température aux environs de 38°.

Drainage d'un nouveau foyer purulent par la première incision pratiquée le 18 septembre. Deux drains sont mis en place suivant le schéma. Pas de lymphangite.

Etat général assez bon.

Faciès altéré, mais pas d'intolérance.

5 octobre. Excellent état général. On décide de continuer le traitement durant 10 jours, à raison de : 2 pilules et 2 grammes de septoplix, ceci à cause de l'induration encore marquée, et d'un gros empatement non douloureux, mais étendu.

Du 6 au 15 octobre, traitement effectif. Assouplissement des tissus, diminution de l'induration. Cessation du traitement le 15 octobre.

Résultat satisfaisant.

Observation N^o 36.

Mme M... Noëlie, 22 ans, épouse de gendarme.

Accouchement à Sainte-Anne le 19 mars 1943. Allaitement au sein jusque vers le 7 avril. Début d'empâtement du quadrant supéro-interne de la mamelle droite, juxta-aréolaire le 10 avril.

Le 21 avril, empâtement limité, mais profond, douloureux. A la palpation, sensation de masse indurée. Température locale plus élevée, rougeur nette, perceptible. Pas de phénomènes généraux. Pas de fièvre. Staphylocoque doré dans le lait. Ganglions axillaires.

Début d'un traitement, le 21 avril 1943, par l'iodo-septoplix.

1^{er} jour, 21 avril : 6 comprimés.

2 jours suivants : 12 comprimés.

6 jours suivants : 8 comprimés.

8 jours suivants : 2 comprimés.

Le 4^e jour, 24 avril, amélioration nette, pas de douleur. Empâtement encore perceptible. Plus d'adénopathie. Le 7^e jour, 27 avril, diminution de l'empâtement, il persiste une noix indolore. Plus de ganglions.

Le 9^e jour, 29 avril, guérison apparente. Retour du sein à la normale. On prescrit néanmoins un traitement de consolidation.

Le 7 mai 1943, 17^e jour, guérison parfaite.

Très bon résultat.

R E S U L T A T S

Nous classons les résultats en très bons ou excellents et en bons ou satisfaisants, nous basant sur la durée moyenne de l'affection. Nos recherches sur les différents cas de staphylococcies mineures observées à Sainte-Anne ces cinq dernières années, avant l'introduction de la thérapeutique iodo-sulfamidienne, nous ont permis de constater que la guérison était obtenue en moyenne dans les délais suivants :

37 % des cas en 12 jours.

22 % des cas en 15 jours.

13 % des cas en 20 jours.

28 % des cas en plus de 25 jours.

En ce qui concerne nos observations :

81,5 % des cas en 12 jours.

8,5 % des cas en 15 jours.

8 % des cas en 20 jours.

1 % des cas en plus de 25 jours.

Incontestables progrès sur les traitements antérieurs, puisque nous obtenons, dans 90 % des cas, la guérison en 15 jours contre 59 % par les autres procédés. Cette efficacité apparaît mieux encore, quand on voit qu'il n'y a plus d'évolution traînante, une seule fois, le 25^e jour a été dépassé, encore le résultat aurait-il pu être considéré comme acquis alors, au contraire 28 % des cas dépassaient auparavant cette date. D'une façon gé-

nérale; 12 à 15 jours semblent suffisants pour obtenir une guérison définitive, jusqu'à présent nous n'avons observé aucune récurrence et pourtant certains de nos malades présentaient des staphylococcies cutanées évoluant parfois depuis 10 à 15 ans, avec manifestations répétées témoignant d'une sensibilité profonde et durable au staphylocoque.

Les différences dans la durée d'évolution doivent être mises au compte des hésitations éprouvées au début de l'application de la méthode, tâtonnements indispensables à une heure où l'on ne pouvait prévoir le comportement de l'organisme vis-à-vis du traitement iodo-sulfamidien.

Les résultats les plus brillants sont observés dans les cas où l'on a frappé vite, fort et d'une manière continue, à ce titre le traitement 2 apparaît le plus efficace, associant à de fortes doses de 1162-F (50 gr.) des quantités suffisantes d'iode (au moins 5 gr.). Or, ces quantités d'iode nous apparaissent insuffisantes maintenant que l'on tend à atteindre quotidiennement 1,50 à 3 gr. (Pervès et Pirot) et jusqu'à 3 et 6 gr. (Legroux).

La guérison a paru toujours plus rapide en donnant séparément l'iodo-protide et le 1162-F, qu'en utilisant des comprimés mixtes d'iodo-septoplax. Si cette forme d'iodo-septoplax est acceptable et très pratique pour les furonculoses banales, les pyodermes courantes, nous donnons la préférence en tous cas d'anthrax sévère et d'anthrax de la face, à l'administration des deux médicaments séparés. Le traitement type pour un anthrax peut se schématiser ainsi chez l'adulte :

Par jour : du 1^{er} au 3^e jour inclus : 1,50 gr. d'iode et 8 gr. 1162-F.

Du 4^e au 7^e jour inclus : 1 gr. d'iode et 4 gr. 1162-F.

Du 8^e au 12^e jour inclus : 0,50 gr. d'iode et 2 gr. 1162-F.

Au total pour 12 jours inclus : 11 gr. d'iode et 50 gr. 1162-F.

On se souviendra qu'il est des cas dans lesquels on est autorisé à frapper très fort d'emblée ; il n'y a pas à redouter, en milieu hospitalier, de commencer avec des doses de 2 gr. d'iode et de 10 gr de 1162-F par 24 heures, au moins pendant 4 à 5 jours.

Au cours de l'évolution nous pouvons remarquer la rareté sinon l'absence de toute intervention chirurgicale, traitement systématiquement employé jusqu'alors à l'hôpital maritime Sainte-Anne avant l'application de la méthode iodo-sulfamidienne. Sans insister sur les inconvénients de la chirurgie ; au cours du traitement iodo-sulfamidé qui ne crée pas de délabrement, nous remarquons que la réparation se fait rapidement, on n'observe plus les cicatrices disgracieuses dues aux larges incisions ; les risques d'infection secondaire sont diminués par suite de la rareté des pansements.

La chirurgie ne vise que la lésion à résoudre, elle est inopérante sur le germe qui peut avoir essaimé dans l'organisme, elle est inapplicable dans les cas d'anthrax de la lèvre supérieure, tandis que l'iodosulfamidothérapie, médication interne, s'attaque directement au germe, dont elle empêche la pullulation par suite de l'afflux sanguin local, elle permet la mise en jeu active des processus de défense de l'organisme qui réalisent rapidement la stérilisation du foyer microbien. Cette action directe a été observée dans le cas de M. P..., N° 14, en 48 heures, le très gros abcès furonculaire du sillon naso-génien est circonscrit, on extirpe à la pince un gros bourbillon dont l'ensemencement montrera la stérilité. Est-ce à dire que l'on doit renoncer à la chirurgie ? Nous pensons qu'il faut y recourir pour vider les grosses collections suppurées, inciser les furoncles à maturité : de tels gestes soulageant immédia-

tement le malade, et hâtant la guérison ; mais ces indications sont très limitées. Chaque fois que l'on aura à choisir entre les 2 modes de traitement, nous conseillons, dans tous les cas, la méthode iodo-sulfamidienne parce que plus efficace et ne présentant que très peu de risques. A ce jour nous n'avons observé aucune récurrence sur une clientèle qui a, à la fois confiance dans l'hôpital et toutes facilités pour s'y faire admettre, parfois trop souvent.

Localement, les poussées inflammatoires qui semblaient devoir aboutir à la suppuration sont jugulées. Dans les cas très bons, on voit l'anthrax se vider très rapidement (ce phénomène s'est produit plus d'une fois en quelques heures) laissant un cratère amicrobien au niveau duquel les processus de réparation vont agir dans des délais très raccourcis. Chose remarquable, les tissus reprennent au fur et à mesure leur souplesse primitive, la peau revêt son aspect antérieur, la cicatrice petite ne laissant jamais de chéloïdes. En ce qui concerne les furoncles, ils avortent ou se vident rapidement sans retour offensif. Les hydrosadénites ont une évolution un peu plus prolongée nécessitant parfois l'incision à minima qui amène une disparition des phénomènes locaux en 48 heures et une rapide guérison. Les pyodermites réagissent remarquablement au traitement ainsi que le prouvent nos observations. Les abcès du sein, manifestations glandulaires superficielles du staphylocoque se sont montrés plus résistants à la thérapeutique, néanmoins les résultats ont été satisfaisants et nous ont encouragé à persévérer dans cette voie mais en augmentant les quantités d'iode ; un cas récemment traité s'est montré particulièrement sensible à cette nouvelle posologie.

Cette médication s'adressant souvent à des malades truffés de cicatrices d'incisions a été particulièrement

bien accueillie par les patients chez qui elle amène une évolution immédiatement indolore.

Il faut noter l'amélioration subjective se manifestant souvent dès les 24 premières heures, la plupart du temps en 48, ne tardant jamais au-delà du 5^e jour ; elle est caractérisée par une impression de détente au niveau des foyers, et une amélioration très nette des phénomènes généraux. Tel malade, entré avec une attitude soudée, est revu le lendemain, avec intégrité de tous les mouvements de la région atteinte. L'iodure de sodium, entrant dans la composition de l'iodo-protide, joue un rôle analgésique très vraisemblable, on connaît en effet l'action sédative de ce produit et son utilisation possible comme succédané des antialgiques couramment employés. Du point de vue général, la médication iodo-sulfamidienne est remarquablement bien supportée, les nombreuses formules sanguines systématiquement pratiquées chez tous nos malades n'ont jamais montré de perturbations hématologiques importantes ; on note une diminution légère des hématies, laquelle peut tout aussi bien être expliquée par l'importance de l'affection, la polynucléose disparaît après la cessation des phénomènes inflammatoires, nous n'avons jamais noté d'éosinophilies qui auraient pu être révélatrices d'une intoxication par les iodures. Les taux de sulfadémie ont toujours été satisfaisants ainsi que les éliminations urinaires en harmonie avec les doses ingérées. De même l'élimination iodée a été bonne (200 mmgrs 0/00), pour une diurèse normale dans tous les cas.

Pas d'accidents observés, quelques incidents : un état de cyanose transitoire avec obnubilation sans modification appréciable de la formule sanguine, le tout évoluant avec une bonne élimination sulfamidée (300 mmgrs 0/00). Deux cas d'iodisme léger en fin de traitement n'ayant nullement empêché la guérison. Chez

un vieillard de 74 ans, indocile, qui a continué à mener une vie active, nous avons noté de l'intolérance, le traitement momentanément interrompu a pu être repris et mené dès lors à bonne fin.

Les différents travaux parus à ce jour sur la question sont unanimes à reconnaître et vanter les hautes qualités du traitement qui doit devenir la thérapeutique de choix des staphylococcies. Chez nous, marins, directement intéressés à tout ce qui touche aux suppurations à staphylocoques, il s'est imposé par son efficacité, et aujourd'hui l'iodosulfamidothérapie est systématiquement employée à l'hôpital maritime Sainte-Anne en pareil cas, avec des résultats nettement supérieurs à ceux de ces dernières années. En raison de son application facile, de son coefficient thérapeutique très élevé, il peut être couramment employé dans les infirmeries de la Marine.

CONCLUSION

La méthode de M. P. Legroux constitue une prophylaxie simple, d'application facile, de ces manifestations graves que nous avons l'occasion trop fréquente de voir succéder à une banale furonculose, à un anthrax, etc...

Ainsi qu'en témoignent les brillants résultats enregistrés, elle est nettement supérieure, par son efficacité, aux traitements employés jusqu'alors dans les staphylococcies. Elle est spécifique vis-à-vis du staphylocoque ; la guérison définitive est obtenue dans des délais fortement raccourcis ; le traitement, entièrement *per os*, est facile à suivre, n'est pas nocif pour l'organisme malgré les fortes doses données.

Par suite des nombreuses découvertes, faites ces dernières années, dans le domaine de la sulfamidothérapie, il n'est pas vain de prévoir la mise en œuvre d'un produit sulfamidé, directement actif sur le staphylocoque, sans action associée de l'iode.

Cependant, dans l'état actuel de nos connaissances, nous conseillons de recourir, dans toutes les staphylococcies, à la thérapeutique iodo-sulfamidienne qui, dans tous les cas, ne nous a donné que des succès.

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. — Gros anthrax de la nuque traité par sérothérapie au sérum polyvalent de Leclainche et Vallée. — Académie de Chirurgie (juillet 1923 et 4 mars 1925).

ARLOING, DUFOUR, LANGERON. — Congrès Français de Médecine, 1927.

ARNAULD. — A propos des septicémies à staphylocoque, et à évolutions chroniques et prolongées. (Académie de Chirurgie, 24 février 1937, p. 241).

AUVRAY. — Sur l'emploi des vaccins dans les infections à pyogènes. (Académie de Chirurgie, le 3 mars 1920, p. 363).

BASH. — Traitement de la furonculose. (Gazette Médicale de France, 1^{er} janvier 1938).

BAZY. — Disparition en trois jours d'un volumineux phlegmon du ligament large avec le vaccin de DELBET, développement immédiat d'un nouveau phlegmon du côté opposé, malgré le vaccin, et échec de la vaccinothérapie sur la 2^e localisation. (Académie de Chirurgie, 12 juin 1924, p. 669).

BERNARDI. — Anthrax rénal. (La Semana médica, août 1939, p. 372-384).

BINET et NEPVEUX. — L'hyperglycémie dans les furonculoses récidivantes. (Progrès Médical, N° 14, 6 avril 1929).

BRECHOT. — Académie de Chirurgie, 4 mars 1925.

BREHAUT. — Septico-pyohémie à staphylocoque doré. Bactério-

- phage intra-veineux. Guérison (Académie de Chirurgie, 14 octobre 1936, p. 1.110).
- BROCA. — Académie de Chirurgie, 27 septembre 1865.
- J. CÉLICE, R. MONOD et R. HILLIEZ. — Sulfamidothiazol et staphylococcies de la face. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 3 juillet 1942).
- J. CIBERT. — Deux cas d'anthrax rénal, traités par énucléation. (Société de Chirurgie de Lyon, 20 mars 1941).
- J. CIBERT et KLAJMAN. — L'anthrax du rein. (Journal d'urologie, novembre 1937, p. 353).
- H. CHAPUT. — Un cas d'anthrax du dos traité par les incisions paralatérales. (Académie de Chirurgie, 22 mai 1918, p. 948).
- F. COSTE, GAUCHER et GOURY-LAFFONT. — Valeur de la dose unique massive, et de la sulfamidothérapie locale associée. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 8 janvier 1942).
- L. COULON. — Traitement des staphylococcies cutanées par l'antitoxine staphylococcique. (Annales. Société Belge de Médecine tropicale, N° 1, mars 1937).
- DEBRE, H. BONNET, S. THIEFFRY. — Toxine, antitoxine, antitoxine staphylococcique. (Annales de Médecine, octobre 1937, p. 252).
- J. DEMIRLEAU et GUÉNANT. — Sulfamidothérapie intra-artérielle dans les affections graves des membres. (Presse Médicale, 19 septembre 1940, p. 580).
- DEMPLOS. — Traitement des anthrax volumineux. (Thèse BORDEAUX, 1940, N° 100).
- DESPLATS. — La Rentgenthérapie anti-inflammatoire : furoncles, anthrax. (Journal des Sciences Médicales de Lille, novembre 1938, p. 445).
- DESCOMPS. — Le bouillon vaccin mixte ou Propidon de Delbet. (Revue de Chirurgie, 1929, p. 5).
- ENGER. — Altérations rénales consécutives au traitement par les

- sulfamides. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, novembre 1940, p. 1.292).
- R. GRIMAUD et P. JACOB. — Anthrax de la lèvre supérieure traité par la radiothérapie. (*Revue Médicale de Nancy*, 1^{er} août 1939).
- GLEY et GIRARD. — *Presse Médicale*, 11 novembre 1936.
- H. GODARD. — Anthrax grave de la lèvre supérieure, traité par une injection intra-artérielle de mercurochrome, guérison. (*Académie de Chirurgie*, 8 décembre 1940).
- J. HERMANN. — Six cas de furoncles ou anthrax, de la lèvre supérieure traités par l'antigène staphylococcique de LOIZAGA. (*Semana Médica*, 14 décembre 1939).
- HRISTER. — Un nouvel emploi systématique post-opératoire du vaccin DELBET. (*Académie de Chirurgie*, 21 octobre 1936, p. 1.159).
- P. HARVIER et Marcel PERRAULT. — La thérapeutique en 1942. (*Paris Médical*, 30 novembre 1942, N° 47-48).
- P. HUARD et MEYER-MAY. — Infections staphylococciques aux colonies. (*Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniale*, 1936).
- JANBON. — Sulfamidothérapie. (Janvier 1943, fiches pratiques médicales).
- JANBON, J. CHAPTAL et P. LAZERGUES. — (*Presse Médicale*, août 1942, p. 507).
- KOURLISKY et P. MERCIER. — Etudes sur l'infection staphylococcique chez l'homme. (*Revue d'Immunologie*, 1^{er} janvier 1940, p. 17-30).
- LE FORT. — *Académie de Chirurgie*, 30 mars 1881.
- LACHAUX. — (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*, juillet 1942, p. 507).
- Ch. LENORMANT. — Sur l'emploi des corps sulfamides dans le traitement des lésions traumatiques. (*Académie de Chirurgie* du 18 décembre 1940).

LEGROUX et LENORMANT. — Anthrax traités par l'association iodo-sulfamidée. (Académie de Chirurgie, 7 mai 1941).

LENORMANT et CALVET. — Sur l'emploi de sulfamide dans certaines ostéites staphylococciques. (Presse Médicale, N° 34, 18 juillet 1942).

LEVADITI. — Presse Médicale, N° 30, 1938.

LEVEUF. — A propos de l'anatoxine staphylococcique. (Académie de Chirurgie du 22 janvier 1936, p. 54).

G. MENINGAUD et Mlle STALHAND. — Action clinique du sulfathiazol sur les staphylococcies. (Académie de Chirurgie, 18 juin 1941).

MIRAILLÉ. — Septico-pyohémie à staphylocoque, action heureuse de l'anatoxine anti-staphylococcique. (Académie de Chirurgie, 1^{er} juillet 1936, p. 1.004).

MOIRAUD. — Le furoncle et le Chirurgien. (Académie de Chirurgie, 1937, p. 1.273).

MOIRAUD et PATEL. — XLVII^e Congrès de Chirurgie, Paris, octobre 1938).

MONDON, PIROT, ANDRÉ et BLEIN. — Septico-pyohémies à staphylocoques : guérison par l'iodo-sulfamidothérapie. (Soc. Méd. des Hop., 11 décembre 1942).

NAUVIAL. — Méningite à staphylocoque doré guérie par le sulfathiazol. (Soc. Méd. des Hop., 13 mars 1942).

NAUDY. — Traitement de l'anthrax par l'extirpation en bloc. (Th. Toulouse, 1937, N° 37).

OCKINZIC. — Ostéomyélite de la hanche droite et vaccinothérapie. (Acad. de Chir., 27 février 1927, p. 307).

OURY P. et LE BARS. — Septico-pyohémies staphylococciques-chroniques à évolutions prolongées. (Presse Méd. N° 9, 30 janvier 1939).

PALIARD F., PLANCHE M. et FRIEH. — Considérations thérapeu-

- tiques à propos de trois cas de staphylococcies graves. (Soc Méd. des Hop. de Lyon).
- PATEL J. — Sur les liens qui unissent les staphylococcies aux avitaminoses. (Journ. de chir., mars 1939, p. 344).
- PARAF J. — Indications et mode d'emploi des sulfamides. (Prog. Méd., 16 mars 1940).
- PASTEUR - VALLEURY - RADOT, WOLFRAMM R., SÉRANE J. et GUIOT. — Action de la thérapeutique sulfamidienne sur le rein. (Soc. Méd. des Hop. de Paris, 26 juin 1942).
- PERVÈS J. et PIROT R. — Traitement des affections graves à staphylocoques par l'association iodo-protide 1162-F. (Acad. de Chir., 7 mars 1943).
- PERVÈS J., PIROT R. et H. MARTIN. — Traitement des déterminations mineures des infections staphylococciques par l'association iodo-protide 1162-F. (Acad. de Chir., 4 mars 1943).
- POHL. — La furunculose est-elle une maladie allergique ? Klinische Wchenschrift, (Mai 1938, p. 741).
- POUYANNE. — Suppurations à staphylocoques du parenchyme rénal. (Prog. Méd., 30 mars 1940).
- POTHERAT. — Sur l'emploi en chirurgie du « bouillon de Delbet ». (Acad. de Chir., 30 juin 1920, p. 1.031).
- PICOT et AURÓUSSEAU. — Traitement des infections staphylococciques graves par la sulfamidopyridine. (Acad. Chir., 20 nov. 1940).
- RAVINA. — A propos des furoncles et anthrax. (Presse Méd., 7 décembre 1932).
- REBOUL. — Du traitement de certaines variété d'anthrax par l'extirpation. (Archives prov. de chir. 1904).
- RENAULT. — Traitement du furoncle et de la furunculose. (Jour. de Méd. et de Chir. pratique, 1938, p. 292).
- ROUSSET. — Staphylococcies à localisations multiples, entre autres

- épididymaire, guéries par l'anatoxine staphylococcique. (Acad. Chir., 9 juin 1937, p. 787).
- ROUX E. et CHEVÉ J. — Meningococcémie et chimiothérapie. (Presse Méd., 7 octobre 1942, p. 662).
- ROBINEAU. — Traitement de l'anthrax par les bouillons vaccins de Delbet. (Acad. Chir., 28 janvier 1920, p. 134).
- ROUVILLOIS. — A propos du traitement de l'anthrax par le vaccin de Delbet. (Acad. Chir., juillet 1920, p. 1046).
- SAUVÉ. — L'anatoxine staphylococcique en chirurgie. (Acad. Chir. 21 janvier 1936, p. 45).
- SAUVÉ. — Un cas de staphylococcie de très haute gravité, traité et guéri par des injections intra-veineuses de bactériophage. (Acad. Chir., 15 novembre 1933, p. 1382).
- SOHIER. — Chimiothérapie des pyococcies. (Revue du Service de Santé Militaire, N° 3, 1939).
- TRÉFOUEL (M. et Mme), NITTI et BOVET. — Annales médico-chirurgicales, 1937, N° 3.
- TRÉFOUEL. — Les sulfamides, chimie et pharmacologie. (Acad. Méd., 10 mai 1941).
- TRUFFERT. — Furoncle de l'aile droite du nez, staphylococcie grave narinaire droite. Complications : phlébitique, faciale, orbitaire et sinusale. Sulfamidothérapie iodée, guérison. (Acad. Chir., 1 oct 17 mars 1943).
- TERRACOL. — Le furoncle de la face et la roëntgenthérapie. (Bulletin Médical 52, 26 février 1938, p. 144).
- VIDAL J. — Staphylococcie de la face guérie par la sulfamidothérapie. (Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc. médit).

TABLE DES MATIERES

	PAGES
Introduction.	I
Historique.	5
Etiologie des staphylococcies.	9
Aperçu sur quelques traitements antérieurs.	11
Mode d'action et conduite du traitement.	17
Observations.	21
Résultats.	47
Conclusions.	53
Bibliographie.	55

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

**Traitement des staphylococcies mineures
par la méthode iodo-sulfamidienne.
par Henri MARTIN.**

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 1^{er} juin 1943.

Le Professeur,
JANBON.

VU :

Montpellier, le 2 juin 1943.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 4 juin 1943.

Le Recteur.
SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

